**ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ZADAR**

**SLUŽBA ZA ŠKOLSKU MEDICINU,AMB. BIOGRAD**

**Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom**

**(za dijete ispunjava roditelj)**

**IME I PREZIME DJETETA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Akutna ( trenutna ) respiratorna infekcija sa ili bez temperature ( zaokružiti )**

 **da ne**

1. **Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19 unazad dva mjeseca ( zaokružiti )**

 **da ne**

1. **Jesu li su Vam određene mjere SAMOIZOLACIJE zbog tog kontakta? ( zaokružiti )**

 **da ne**

**Ako da, kada (upisati datum ) OD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Razlog dolaska u ambulantu: SISTEMATSKI PREGLED DJETETA ZA UPIS U PRVI RAZRED OSNOVNE ŠKOLE I CIJEPLJENJE PROTIV OSPICA, ZAUŠNJAKA I RUBEOLE ( ZDRAVE DJECE )**
2. **Ukoliko je dijete ili netko od BLISKIH ukućana bio POZITIVAN ( asimptomatski ) na SARS-CoV – 2 virus ili razvio COVID -19 bolest ( simptomatski ) molimo napisati tko ( majka, otac, braća, sestre, baka, djed…), te napisati DATUM nalaza POZ testa i vrijeme IZOLACIJE od do.**

**Srodstvo djetetu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum pozitivnog nalaza : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Izolacija : OD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:**

**POTPIS RODITELJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MOLIMO DATUM NE UPISIVATI, KAO NI VRIJEDNOSTI TJELESNE TEMPERATURE ( upisuje medicinska sestra na pregledu, te mjeri tjelesnu temperaturu roditelju i djetetu ).**

**TTD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TTR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mjesto i datum : Biograd N/M, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021.**